



ウッドバッジ実修所第二教程 参加申込書

_____ 課程 第 _____ 期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 申込

[期間] _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 [場所] _____

ふりがな		性別		写真貼付 たて×よこ 3.5cm×2.5cm 上半身のもの
氏名				
住所	(〒 _____) 電話 (_____) _____ / FAX (_____) _____			
E-mail	※アドレスはわかりやすくお書きください。			
携帯電話	(_____) _____	※携帯電話をお持ちでない場合、 確実に連絡のとれる電話番号をお書きください。		
生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳 _____ 月)			
所属	_____ 連盟 (_____ 地区) _____ 第 _____ 団 _____ 隊 役務 _____			
登録番号 (11ケタ)				地区・県連盟役務
隊指導者基礎訓練課程	ウッドバッジ研修所 スカウトコース	_____ 第 _____ 期 (_____ 課程) _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	課程別研修	_____ 課程 _____ 第 _____ 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	平成28年度 までの課程	_____ 課程 _____ 第 _____ 期 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
		安全セミナー _____ 第 _____ 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
第一教程(課題研究)	履修認定 : _____ 年 _____ 月 _____ 日			
スキルトレーニング	修了認証 : _____ 年 _____ 月 _____ 日			
ウッドバッジ実修所 (他課程修了者のみ記入)	_____ 課程 第 _____ 期 修了日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (パートナーNo. _____)			
その他研修歴 : (※上記の他に修了している研修所等がありましたら、記入してください。)		団委員長の 同意	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
		地区コミッショナー の推薦	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
		県コミッショナー の推薦	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
奉仕歴 (過去5年間における団内の役職と奉仕年月)				

※ 記載された個人情報、指導者訓練の通信ならびにコース運営以外には使用致しません。

健康調査票

1. 参加申込者（本人）が記入してください。
2. 以下の質問は活動期間中のあなたの健康状態の参考にさせていただきますので、できるだけ正確にお答えください。
3. 後に個別に健康状態を尋ねさせていただくことがあります。
4. 記載内容については一切他に公表しません。
5. 当該の訓練機関以外には使用いたしません。

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

I 現在、治療中の病気等がありますか ない・ある （以下記入ください） 高血圧・心臓病・喘息・肺疾患・糖尿病・肝臓病・胃腸病・腎臓病・血液疾患 感染症・腰のヘルニア・アレルギー（具体的に_____） その他（_____） ※ <u>携行持薬の有無</u> ない・ある （_____）			
II この1年間、特に直近3ヶ月前後以内の健康状態について 1. きわめて調子は良かった 2. 特に問題なかった 3. 病気はしたが休むほどではなかった 4. 病気のため休んだ → 病名_____、その日数_____日			
III 最近の体調について （ない、あるを○でかこむ） ※ <u>近い症状のものについてはある</u> を選択してください			
・頭痛、頭重感はありませんか	ない・ある	・現在ケガはありませんか	ない・ある
・めまい、ふらつきはありませんか	ない・ある	・吐き気や吐くことはありませんか	ない・ある
・動悸はしませんか	ない・ある	・腹が痛むことはありませんか	ない・ある
・心臓がしめつけられるような感じは	ない・ある	・下痢をしやすいですか	ない・ある
・息苦しくなることはありませんか	ない・ある	・便秘をしやすいですか	ない・ある
・せき、たん、鼻水は出ませんか	ない・ある	・腰痛や背部痛はありませんか	ない・ある
・鼻血が出やすいですか	ない・ある	・関節に痛みはありませんか	ない・ある
・口がひどく渇きませんか	ない・ある	・身体がだるくありませんか	ない・ある
・尿の回数は多くないですか	ない・ある	・少しの作業でも疲れませんか	ない・ある
・顔や脚にむくみはありませんか	ない・ある	・不安感やイライラ感は	ない・ある
・十分に眠れないことがありますか	ない・ある	・気を失ったことはありませんか	ない・ある
IV 特に医師から注意を受けていることがあればお書きください			
V 上記以外に不安なことや特記することがあればお書きください （過去の傷病歴 等）			

期間中の緊急連絡先	氏名（参加者との続柄） ()	日 中	
		夜 間	
		携帯電話	

年 月 日 本人署名_____